

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

A) DATI ANAGRAFICI

Io sottoscritta/o _____ nata/o il _____
a _____ prov. _____ residente a _____ prov. _____
indirizzo _____ Tel/Cell _____ Email _____
Codice Fiscale _____ N. Documento d'Identità _____

nel pieno delle mie facoltà mentali, in totale libertà di scelta, ai sensi e per effetto delle normative vigenti in materia e avendo acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, dispongo quanto segue in merito alle decisioni da assumere nel caso necessiti cure mediche e fossi incapace di autodeterminarmi.

B) INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo i medici curanti ad informare sul mio stato di salute, sulle mie aspettative di vita, sugli esami diagnostici e le terapie da adottare, le seguenti persone:

Nominativo _____	Nominativo _____
Nominativo _____	Nominativo _____

Nel caso di mancata indicazione, lascio ogni decisione ai medici curanti.

C. DISPOSIZIONI PARTICOLARI

In caso di perdita irreversibile della capacità di autodeterminarmi a seguito di una patologia cerebrale invalidante, formulo le seguenti disposizioni riguardo i trattamenti sanitari:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1. ☐ Siano | ☐ Non siano | intrapresi tutti i provvedimenti volti ad alleviare le mie sofferenze, inclusa la sedazione palliativa profonda continua. |
| 2. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | che mi siano praticate forme di respirazione meccanica. |
| 3. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | essere nutrito artificialmente. |
| 4. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | essere idratato artificialmente. |
| 5. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | essere dializzato. |
| 6. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | che mi siano praticati interventi di chirurgia d'urgenza. |
| 7. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | che mi siano praticate trasfusioni di sangue. |
| 8. ☐ Voglio | ☐ Non voglio | che mi siano somministrate terapie antibiotiche. |

D) ALTRE EVENTUALI DISPOSIZIONI

In particolare, in aggiunta o anche ad eccezione di quanto sopra, dispongo che:

E) NOMINA DEL FIDUCIARIO/I

Ai sensi della legge 219/2017, qualora io perdessi la capacità di autodeterminarmi, nomino mio rappresentante fiduciario, che si impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà espresse nella presente, la signora/il signor: _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

Tel/Cell _____ Email _____

CF _____ Documento d'identità _____

Per accettazione Firma del fiduciario _____

Nel caso in cui il mio rappresentante fiduciario sia nell'impossibilità di esercitare la sua funzione delego a sostituirlo in questo compito la signora/il signor: _____

nata/o il _____ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ indirizzo _____

Tel/Cell _____ Email _____

CF _____ Documento d'identità _____

Per accettazione Firma del fiduciario _____

Conferisco al fiduciario, in caso di mia incapacità, il potere di rappresentarmi in ogni controversia giudiziaria o amministrativa scaturente dal presente atto, nonché procura per promuovere ricorsi, in ogni competente sede giudiziaria o amministrativa, in caso di rigetto o mancata considerazione della volontà da me espressa, con facoltà, ove necessario, disollevare, nei relativi giudizi, eccezione di incostituzionalità delle norme di legge eventualmente invocate per giustificare il rifiuto.

Per accettazione Firma del/i fiduciario/i _____

DONAZIONE DEL CORPO ALLA RICERCA Ai sensi della legge 10/2020

Autorizzo la donazione post-mortem del mio corpo e dei miei tessuti a fini di studio, formazione e di ricerca scientifica.

Delego inoltre il fiduciario precedentemente nominato alla comunicazione della mia volontà al medico che accerta la

morte per l'attivazione delle procedure previste dalla legge.

☐ SI

☐ NO

AUTORIZZAZIONE ALLA TRASMISSIONE DELLE DAT ALLA BANCA DATI NAZIONALE

Presto il mio consenso alla trasmissione delle mie DAT alla Banca dati nazionale per la conservazione delle stesse. ☐ SI

☐ NO

Data.....

In fede

Il disponente